Révision 26/12/2024

ITEM 143 : ASPECTS SPÉCIFIQUES DES SOINS PALLIATIFS EN RÉANIMATION

- **Taux de décès en réanimation** = **17 à 25 %** selon les services et le recrutement, dont **50 %** suite à une décision de limitation ou d'arrêt de soins (LAT) (décompensation d'affection chronique, pathologie aiguë irréversible, séjour prolongé en réanimation).
- **Lois Leonetti** du 5 avril 2005 et **Clays-Leonetti** du 2 février **2016** :
  - Accompagnement des patients en fin de vie avec recours si nécessaire à la **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.**
  - **Directives anticipées opposables.**
  - Reconnaître les situations d'**obstination déraisonnable** lorsque des actes *« apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la vie »* → Questionne le bien-fondé des actes en réa +++ :
    - Situations d'échec thérapeutique (absence d'amélioration malgré PEC optimale).
    - Situations de pronostic défavorable.
    - Situations de non-admission en réanimation.

Toutes les décisions de limitation sont révisables et réversibles, et il n'est pas rare qu'un patient sorte de réanimation après une décision de limitation.

LIMITATION ET ARRÊT DES SOINS

NON ADMISSION

= Refus d'admission en réanimation d'un patient, malgré des signes de gravité ou la nécessité de mise en œuvre de thérapeutique de suppléance vitale indiquant théoriquement un transfert en réanimation :
- **Espérance de vie à court terme réduite** : pathologie grave évoluée avec faible probabilité d'efficacité des traitements (patient « moribond »), maladie sous-jacente de mauvais pronostic (hémopathie maligne ou cancer évolué en échappement thérapeutique, cirrhose décompensée…)
- **Défaillance vitale avec probabilité de décès particulièrement élevée.**
- **Qualité de vie préalable médiocre** (patient grabataire) ou **dont l'espoir d'une qualité de vie à l'issue de l'hospitalisation en réanimation est faible.**

→ **Discussion au cas par cas**, sur la base du **principe de proportionnalité,** après examen du **projet thérapeutique** et avis collégial des différents intervenants : ce qui va rentrer en compte dans la décision :
- Pronostic de la maladie qui a causé l'admission.
- Pronostic des pathologies antérieures du patient.
- L'état d'autonomie antérieure du patient.
- L'état d'autonomie estimée du patient à sa sortie du service.
- Ce que souhaite le patient, l'avis de ses proches.
- Collégialité de la décision.

LIMITATION OU ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES (LATA)

- **Limitation des thérapeutiques actives** = maintien des soins en cours, sans escalade si la défaillance supplémentaire d'un organe survenait : « ne pas réanimer » en cas d'ACR, non instauration d'un nouveau traitement… *(survie dans 30 à 50 % des cas).*
- **Arrêt des thérapeutiques actives** = arrêt des thérapeutiques de support des fonctions vitales : ventilation mécanique, hémodialyse, perfusion de catécholamines… /!\ A différencier d'un **geste euthanasique** +++ (= administration d'un produit qui va provoquer le décès avec certitude et à court terme) /!\

→ Il est possible de limiter certains soins et pas d'autres *(ex : défaillance multiviscérale → possibilité d'introduire un support hémodynamique par vasopresseurs et ventilatoire mais pas de dialyse).*

→ A différencier d'un **arrêt de soin** : les **soins élémentaires** sont **toujours** maintenus lors d'une LATA (soins d'hygiène, soins de support, sédation et analgésie).
- **Soins palliatifs en réanimation :** Dans certains cas le but principal de la prise en charge est le confort du patient et non sa prise en charge curative. Ces soins sont multidisciplinaires, à la fois médicaux et paramédicaux, et on évaluera le confort du patient grâce à des échelles d'autoévaluation ou d'hétéroévaluation.

Recueil de la volonté du patient

Patient apte à consentir	- Attention à bien évaluer la cohérence du patient. - Décision après information claire, loyale et appropriée du patient par le médecin. - **Principe d'autonomie +++** : demande de LAT clairement exprimée et répétée. - Le médecin à l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences et de la gravité du choix.
Patient inapte à consentir *Le plus fréquent en réanimation*	- Recherche de **directives anticipées +++** (prime sur l'avis de la pers de confiance). - En l'absence de directives anticipées : **procédure collégiale** après avoir recueilli les volontés du patient auprès de la **personne de confiance** (ou à défaut de ses proches).

Mise en œuvre	Respect de la **dignité** du patient et préservation de la **qualité de vie.** → Survenue plus ou moins rapide du décès du patient après arrêt des traitements. - Prise en charge de la **douleur** +++ et du confort du patient → échelles objectives, **morphinique**, fréquemment associée à une **sédation** en réanimation. - Drogues : association de benzodiazépine (midazolam) et morphine (ou dérivés). - **Sédation profonde et continue** jusqu'au décès possible si douleurs incontrôlables ou souffrance psychiques majeure. - **Hydratation réduite**, en maintenant les muqueuses humides pour éviter l'inconfort. - **Soins de nursing** (± avec participation de la famille) : **toilette, soins de bouche, aspirations pharyngées** ou **trachéales**, **prévention anti-escarre, kinésithérapie passive.** - **Accompagnement** des proches.
Procédure collégiale	= Intègre de nombreux éléments, dont la **synthèse** doit être écrite dans le dossier médical : - Selon : . Mauvais pronostic de la maladie aiguë et pathologies sous-jacentes. . Qualité de vie antérieure à la réanimation mauvaise. . Qualité de vie estimée à l'issue de la réanimation mauvaise. - Sur demande : du médecin, des directives anticipées, de la personne de confiance, des proches ou démarche systématique institutionnelle. - **Recherche de la volonté du patient** : par des **directives anticipées**, par **l'expression de sa volonté**, par **l'avis de la personne de confiance**, par le **témoignage de la famille** ou **des proches** a défaut. - **Décision collégiale** avec **concertation avec l'ensemble de l'équipe soignante, les autres médecins habituellement en charge du patient** (médecin traitant, spécialistes référents) et **avis d'un médecin <u>consultant extérieur</u> <u>indépendant de l'équipe de réanimation et sans lien hiérarchique</u>.** → **Anticipation** le plus possible +++ (mais faisable en urgence). → La décision doit être **expliquée aux proches** lors d'un entretien formalisé dans une salle d'entretien. → Il n'est pas recommandé de faire porter aux proches le poids de la responsabilité de la décision : c'est le médecin en charge qui prend la décision. → *En cas d'urgence et de procédure collégiale impossible, privilégier l'alternative la plus réversible.*
Traçabilité	= Dans le **dossier médical** : documentation précise et argumentée de toutes les discussions médicales, des décisions qui en ont découlé et des informations délivrées à la famille.
Entretien avec le patient et/ou ses proches	- Avec le patient les proches (et/ou le patient mais rare en réanimation). - Avec les soignants dont l'un est le chef d'orchestre qui mène l'entretien. - Entretien **programmé**, dans une pièce calme et dédiée, en prenant le temps (écoute ++). - **Reformulation** ++++, entretien **progressif** (voire plusieurs entretiens), respecter les silences. - Information claire, répétée et régulière, loyale et adaptée → **s'assurer de la compréhension.**
Gestion des conflits	- **Opposition de la famille** à une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique active. - Demande de la famille d'interruption des soins qui semblent illégitimes à l'équipe médicale. - Désaccord au sein de l'équipe médicale.